



1133 SE 18th Place Suite 1

Ocala, FL 34471

TEL : 352.433.2633

FAX : 352.433.2644

## FASTTRACK PEDIATRÍA | FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO PARA PACIENTES NUEVOS - NIÑO

Fecha	Nombre del niño	Apellido	DOB	M F	
Teléfono:		Correo electrónico:		Teléfono de la farmacia:	
Médico/Consultorio Previo:		Dirección de la farmacia:			
Nombre de la madre	Ocupación	Edad	Nombre del padre	Ocupación	Edad

### HISTORIA DE NACIMIENTO

Peso al nacer:	Impresión #	Edad de las mamás:
¿El bebé nació a tiempo? ¿Temprano? _____ ¿Tarde? _____		¿El parto fue vaginal? _____ ¿cesárea? _____
¿La madre tuvo alguna enfermedad o problema con el embarazo? Y N		¿Tu bebé tuvo algún problema después del nacimiento? Y N
Fumar durante el embarazo. ¿Sí? _____ ¿No? _____		El alcohol durante el embarazo ¿Sí? _____ ¿No? _____
Número total de embarazos:		Número de nacidos vivos:
Complicaciones del embarazo: S N	¿El bebé se fue a casa con la madre desde el hospital? Y N	¿Alimentación inicial? Leche materna [ ] Fórmula [ ]

### MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS (Por favor, enumere TODOS)	DOSIS (Mg., pastilla, etc.)	HORAS POR DÍA

*Si necesita más espacio para enumerar los medicamentos, escríbalos en una hoja de papel en blanco con la información requerida*

### ALERGIAS o NO ALERGIAS

ALERGIA	REACCIÓN ALÉRGICA

### HISTORIAL MÉDICO DEL NIÑO

ENFERMEDAD/AFECCIÓN	ACTUAL	PASADO	COMENTARIOS
Asma			
Cáncer (tipo: _____)			
Depresión/Ansiedad/Bipolar/Suicida			
Diabetes (tipo: _____)			
Enfisema (EPOC)			
Enfermedad cardíaca			
Presión arterial alta (hipertensión)			



1133 SE 18th Place Suite 1  
 Ocala, FL 34471  
 352.433.2633 TEL  
 352.433.2644 FAX

Colesterol alto			
Hipotiroidismo/enfermedad de la tiroides			
Enfermedad renal (riñón)			
Migraña			
Golpe			
Otro:			
Otro:			

**ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES**     NO SE CONOCEN ANTECEDENTES FAMILIARES SIGNIFICATIVOS

✓ MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA	Abuso de Alcohol/Drogas	Asma	Cáncer	Enfisema (EPOC)	Depresión/Ansiedad	Bipolar/Suicida	Diabetes	Muerte prematura	Enfermedad cardíaca	Colesterol alto	Presión arterial alta	Nefropatía	Golpe	Enfermedad de la tiroides	Migrañas	Otro: _____	Otro: _____	Otro: _____
	Madre																	
Padre																		
Hermano																		
Hermana																		
Niño																		
MGM																		
MGF																		
PGM																		
PGF																		
Otro: _____																		

**INFORMACIÓN DEL HOGAR**

POR FAVOR, HAGA UNA LISTA DE TODOS LOS QUE VIVEN EN EL HOGAR DEL NIÑO		
NOMBRE	RELACIÓN CON EL NIÑO	DOB

Nombre del paciente:

DOB:

Revisión inicial (iniciales/fecha):